UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE

ANNÉE 1964 N° 27

Contribution à l'Etude de la Chronicité en Psychiatrie Hospitalière

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement en Avril 1964

PAR

Suzanne CAZABON - CUBIZOLLES

Membres du Jury

MM. GÉRAUD, *Président.*
RUFFIE
GAYRAL
LABOUCARIE
GLEIZES, *Suppléant.*

Assesseurs

IMPRIMERIE FORESTIE
23, Rue de la République, 23
MONTAUBAN

1964

CONTRIBUTION à l'ÉTUDE de la CHRONICITÉ en PSYCHIATRIE HOSPITALIÈRE

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Tableau du Personnel

DOYEN ..... MM. LAZORTHES.
1er ASSESSEUR ..... BLANC.
2e ASSESSEUR ..... SOREL.

DOYENS HONORAIRES

MM. GORSE, CALVET, LEFEBVRE, BRUSTIER.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. RIBAUT, VALLOIS, NANTA, DUCUING, TAPIE, DELAS, RISER.

SECTION MEDECINE

Professeurs

Clinique médicale	MM. MÉRIEL.
Clinique médicale	GADRAT.
Clinique chirurgicale et gynécologie	FABRE, P.
Clinique chirurgicale du cancer	GRIMOUD.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	VIRENQUE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BAZEX.
Clinique des maladies de la tuberculose et pathologie interne	MOREL.
Clinique des maladies des voies urinaires ..	LHEZ.
Clinique médicale infantile et puériculture ..	SOREL.
Clinique médicale de la 1re enfance	BARDIER.
Clinique neurologique et psychiâtrique	GÉRAUD.
Clinique obstétricale ..	GUILHEM, P.
Clinique odonto-stomatologique	CADENAT, H
Clinique ophtalmologique	CALMETTES,
Clinique ORL et chirurgie maxillo-faciale ..	CALVET.
Clinique rhumatologique.	RUFFIÉ, R
Clinique traumotologique des membres	RIEUNAU.
Accouchement et obstétricie sociale	PONTONNIER.
Anatomie	LAZORTHES.
Anatomie appliquée ...	POULHES.
Anatomie pathologique .	FABRE, J.
Bactériologie, hygiène et médecine sociale	ANDRIEU.
Chimie biologique	VALLIGUIÉ.
Electro-Radiologie	MARQUÈS.
Embryologie générale ..	BROUSSY, J.
Histologie	BIMES.
Hydrologie thérapeutique et climatologie ..	DARNAUD.
Médecine légale et Médecine du travail ..	PLANQUES.
Médecine sociale	N...
Parasitologie	BOUISSET.
Pathologie chirurgicale.	DAMBRIN.
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL.
Physico-Chimie	AUVERGNAT
Physiologie	LAPORTE, Y.
Physiologie appliquée et pharmacologie	BAISSET.
Physique biologique et médicale	BUGNARD.
Propédeutique médicale.	LAPORTE, J.
Thérapeutique	DARDENNE.

Professeurs à titre personnel

Anatomie générale et comparée	COULOUMA.
Bactériologie	Mme ENJALBERT
Biochimie médicale ...	DOUSTE-BLAZY.
Médecine Générale	MONNIER.
Oto-Rhino-Laryngologie.	CLAUX.
Pathologie médicale ..	BOULARD.
Pathologie chirurgicale.	LAGROT.

Professeurs sans Chaire

Histologie et Embryologie	PLANEL.
Ophtalmologie	DÉODATI.
Parasitologie	RUFFIÉ, J
Physiologie	MONTASTRUC.
Physique médicale ...	BRU.

Maitres de Conférences agrégés

Anatomie	BASTIDE.
Anatomie pathologique .	BOUISSOU
Anesthésiologie	LARÈNG.
Carcinologie	ESTRADE.
Chirurgie générale	ENJALBERT. GÉDÉON. SARRAZIN.
Electroradiologie	PONS.
Hématologie	DUCOS.
Histologie et embryologie	GUILHEM, A.
Maladies infectieuses .	ARMENGAUD.
Pathologie expérimentale	GLEIZES.
Physiologie	BESSOU.
Physique médicale	COMMANAY
Pneumo-phtisiologie ...	MIGUÈRES.

Agrégés

Médecine générale	RIBAUT. CALAZEL. RASCOL. LE TALLEC. RIBET.
Chirurgie générale	ENJALBERT. FICAT. PASQUIÉ. GAUBERT. SOUQUET. SARRAZIN.
Dermatologie et Syphiligraphie	DUPRÉ.
Hydrologie	DENARD.
Médecine légale	GRÈZES-RUEFF
Neurochirurgie	ESPAGNO, J.
Neurologie et Psychiatrie	GAYRAL.
Ophtalmologie	BEC.
Obstétrique	ESPAGNO, G.
Pneumo-Phtisiologie	DELAUDE.

Agrégés libres

Anatomie	THOMAS
Pathologie chirurgicale.	DIEULAFÉ

SECTION PHARMACIE

Professeurs

Botanique et cryptogamie	Mme DULUCQ-MAIHOU
Chimie analytique, toxicologie et hygiène industrielle	MM. BOURBON
Chimie pharmaceutique.	BLANC.
Matière médicale	VINCENT.
Pharmacie chimique et pharmacodynamie ...	CAUJOLLE.
Pharmacie galénique ..	STANISLAS.
Zoologie	ROUX.

Professeurs à titre personnel

Pharmacie	COUTURIER
Botanique	COUTURIER.
Sciences naturelles	Mme CAUJOLLE.

Professeurs sans Chaire

Microbiologie	BREUILLAUD.
Sciences Physiques	PITET.

Maitres de Conférences agrégés

Toxicologie	BROUSSY, G.

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Secrétaire principal ..	ROCHE.
Secrétaire	BERRUT.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats
(Délibération en date du 12 Mai 1891)

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE

ANNÉE 1964 N° 27

Contribution à l'Etude de la Chronicité en Psychiatrie Hospitalière

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement en Avril 1964

PAR

Suzanne CAZABON - CUBIZOLLES

Membres du Jury

MM. GÉRAUD, *Président.*
RUFFIE
GAYRAL
LABOUCARIE
GLEIZES, *Suppléant.*

Assesseurs

IMPRIMERIE FORESTIE
23, Rue de la République, 23
MONTAUBAN

1964

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547605_0061

Je dédie ce travail

— *Au Souvenir de ma GRAND'MERE,*

dont le dévouement et la tendresse à mon égard ont toujours été infinis.

— *A ma MERE,*

ce travail, qui est le fruit des sacrifices qu'elle s'est imposés pour mes études, est le meilleur témoignage de ma reconnaissance et de ma très profonde affection.

— *A mon MARI,*

avec toute ma tendresse.

— A notre Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GERAUD

Professeur de Propédeutique Médicale

Membre titulaire de la Société Française de Neurologie

Médecin des Hôpitaux

Vous nous faites le grand honneur d'accepter la Présidence de notre JURY DE THESE.

Veuillez trouver ici l'assurance de notre respectueuse reconnaissance.

— A NOTRE JURY DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR RUFFIE

Professeur de Clinique Rhumatologique

Médecin des Hôpitaux

Nous vous remercions pour l'excellent accueil que vous nous avez réservé dans votre Service et pour la bienveillante sollicitude que vous nous avez toujours prodiguée.

En acceptant de siéger à notre JURY DE THESE, vous nous procurez l'agréable occasion de vous dire notre respect et notre gratitude.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAYRAL

Agrégé de Neurologie et de Psychiatrie

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

Avec nos respectueux remerciements pour avoir bien voulu siéger à notre JURY de THESE.

MONSIEUR LE DOCTEUR LABOUCARIE

Chargé de Cours de Psychiatrie à la Faculté

Vous nous avez toujours réservé un accueil bienveillant et vous avez contribué à notre formation psychiatrique par vos précieuses leçons cliniques. En acceptant de siéger à notre JURY DE THESE, nous avons une raison nouvelle de vous assurer de notre fidèle reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. GLEIZES

Professeur Agrégé

Pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de siéger à notre JURY DE THESE.

AU DOCTEUR JEAN OULÈS

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques
Licencié Es-Lettres
Diplômé d'Etudes Supérieures de Philosophie
Diplômé de Médecine Légale

Votre vivant enseignement a été pour nous d'une grande portée pratique. Vous avez inspiré cette thèse et vous nous avez donné les instruments de travail.

Pour la bienveillance que vous nous avez témoignée, veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude et l'assurance de nos efforts pour rester digne de l'intérêt que vous nous avez toujours porté.

AU DOCTEUR ROGER SOUBRIER

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

Nous le remercions pour tout ce que nous avons appris auprès de lui.

En témoignage de notre gratitude.

A NOS MAITRES DES HOPITAUX ET DE LA FACULTE

A NOS AMIS

PLAN

INTRODUCTION.

CHAPITRE PREMIER :

Critères et Définitions de la Chronicité :

a) Définition du Littré.
b) Définition de Bonnafé.
c) Définition de Ey.

Aspect technique.
Aspect social.
Aspect institutionnel.

d) Définition adoptée pour ce travail.
e) Répartition des Observations.

CHAPITRE II :

Facteurs étio-pathogéniques de la Chronicité :

a) Influence de l'âge sur la chronicité.
b) Influence du terrain.
c) Influence de la maladie.
d) Influence des conditions sociales.
e) Influence des conditions administratives.

CHAPITRE III :

Rapport entre chronicité et activité thérapeutique.

CHAPITRE IV :

Les Solutions à apporter :

a) Opérer des tris nécessaires et créer des Services spécialisés.

b) Faire des Services suffisamment petits mélangeant aigus et chroniques.

c) Psychothérapie orientée vers la sortie.

d) Faire des admissions en service libre.

e) Multiplier le nombre de Médecins.

f) Post-cure et Ateliers protégés.

CONCLUSION.

INTRODUCTION

Depuis quelques années, la Médecine moderne évite de traiter l'homme malade hors de son milieu. Si l'hospitalisation ne peut être évitée, le retour le plus rapide possible du malade dans son climat familial doit être le premier but à atteindre. Ces nouvelles tendances se sont appliquées à la Psychiatrie, où la durée de séjour des hospitalisés a considérablement diminué par rapport à ce qu'elle était il y a moins d'un siècle.

Ceci s'explique par l'évolution des idées, des techniques, des thérapeutiques à laquelle correspond une évolution dans la conception de l'asile. De lieu où étaient enfermées les formes pour ainsi dire fatales de l'aliénation, il est devenu l'Hôpital psychiatrique où des Services de cure libre dispensent des soins destinés à guérir des maladies dont l'évolution est plus souvent curable qu'on ne l'avait cru.

D'ailleurs, toute l'organisation de l'équipement psychiatrique français a pour but de réduire la durée du traitement hospitalier.

Tous les apports thérapeutiques, la psychothérapie plus libérale, la sociothérapie ont-ils éliminé l'état d'encombrement permanent dont souffraient la quasi-totalité des Hôpitaux psychiatriques ?

A l'heure où l'on parle de plus en plus d'hôpital de jour, qui permet au malade de rester en contact avec son foyer, d'hôpital de nuit, transition entre l'hôpital et la vie indépendante dans la société, on peut se demander s'il existe encore des chroniques.

La réponse à ces questions est le but de notre travail. Tout au moins, nous voudrions tenter de faire le point sur les problèmes soulevés par la chronicité hospitalière psychiatrique, à savoir les facteurs qui l'influencent et les moyens mis en œuvre pour la combattre.

Le problème est d'ailleurs d'une haute gravité lorsqu'on sait que, partout, plus du tiers des lits d'hôpitaux sont occupés par les malades mentaux.

On comprend alors facilement tout l'intérêt social, économique et financier du problème.

D'autre part, il nous a paru utile d'étudier ce que sont les chroniques au moment où l'on envisage la suppression, ou du moins la réforme, de la loi de 1838, afin de savoir qui elle intéresse et à qui elle s'adresse. Ces questions d'intérêt pratique indiscutable sont tout à fait à l'ordre du jour. La Société Française de Médecine psychosomatique a donné comme thème à son II^e^ Congrès qui a eu lieu en Juillet 1963 à Paris :

« LA MALADIE CHRONIQUE ».

CHAPITRE PREMIER

Critères et Définitions de la Chronicité :

Il est indispensable tout d'abord d'envisager la maladie chronique dans son ensemble.

Le mot chronique, dont l'usage porte condamnation, qui signifie démission, est ainsi défini par le Littré :

« Terme de médecine; qui dure longtemps en parlant des maladies qui parcourent lentement leur période ». — Pour illustrer cette définition, nous citerons à titre d'exemple la P. C. E., le Diabète, la Tuberculose.

— Au cours d'une communication au Congrès de Psychiatrie de langue française qui a eu lieu à Tours en 1959, Bonnafé, au terme d'un exposé sur la définition de la chronicité, a ajouté quelques mots à celle du Littré, et a adopté cette nouvelle formule en y ajoutant un sens plus dynamique, plus technique, parce qu'incluant le principe d'une action.

— « Terme de Médecine », se dit des maladies qui tendent à parcourir lentement leur période et qui exigent du médecin un effort soutenu.

De cette définition, on peut passer à celle que Ey donne de la maladie mentale chronique :

— Une maladie mentale chronique est caractérisée par son évolution continue et progressive qui altère d'une façon durable

l'activité psychique. Les troubles mentaux étant durables et stables, ils modifient plus ou moins profondément le système de la personnalité. Cela ne veut pas dire que ces maladies mentales sont incurables, car certaines formes aiguës sont rebelles à la thérapeutique, alors que certaines formes chroniques peuvent être heureusement influencées par les traitements.

La chronicité qualifie ici une maladie durable pouvant être équilibrée par le traitement. Ceci correspond à l'aspect technique, auquel il faut ajouter l'aspect social et institutionnel.

Envisagé sous l'angle social, et littéralement, le malade chronique est un malade qui n'est pas guéri pour la société. On peut distinguer, d'ailleurs, la guérison médicale qui correspond, au moment où le malade n'a plus besoin de soin, à la « *restitutio ad integrum* » de la guérison sociale dont le seul critère est la réadaptation au milieu. Ceci nous montre qu'un malade peut être guéri médicalement et demeurer un chronique sur le plan social si la désadaptation persiste.

Or, le retour à la vie sociale, déjà laborieux dans toute maladie un peu longue, l'est ici bien davantage du fait que la désadaptation plus ou moins lente a parfois précédé la maladie proprement dite.

Dans le cadre de notre étude, nous verrons que beaucoup de nos chroniques appartiennent à cette classe, c'est-à-dire, sont des malades pour qui le traitement est terminé, mais pour qui il reste à résoudre de gros problèmes de réadaptation sociale notamment la recherche d'un emploi, voire même la recherche d'un logement.

Il nous reste à considérer l'aspect institutionnel de la chronicité : en tout premier lieu, il faut citer l'internement qui, d'une manière générale — et nous le montrerons au cours de notre exposé — chronicise les maladies, alors qu'il est, dans la majorité des cas, devenu inutile. Enfin, la médecine sociale codifie les maladies dites chroniques d'une manière parfois contestable, et qui, d'ailleurs, prête à de nombreuses contestations, bien connues des experts.

En considérant les maladies mentales au même titre que le cancer et la tuberculose comme des maladies de longue durée, la Sécurité Sociale et les Pouvoirs publics rendent certainement un grand service aux sujets atteints de ces affections, à condition que le traitement soit soutenu et intensif. L'hisoire entière du sujet, c'est-à-dire ses antécédents et son passé sont impliqués dans la maladie de longue durée, de même que tout son avenir et tous ses problèmes. S'il est incontestable qu'il faut du « temps » pour résoudre ces problèmes, il faut surtout ne jamais perdre de vue le but essentiel qui est la réadaptation.

C'est à partir de cette vue longitudinale dans le temps que nous avons circonscrit notre travail, et la définition de malades chroniques que nous avons adoptée est fonction de la durée d'hospitalisation.

— « Nous appellerons chronique, tout malade hospitalisé dans le service de psychiatrie de l'Hôpital de Montauban, antérieurement au 1er Janvier 1960 et encore présent au 1er Janvier 1962 ».

155 malades du Service répondent à ce critère, mais il faut tenir compte des conditions locales spéciales du fait :

— de l'évacuation de 342 malades en 1942 dans les hôpitaux d'Agen et de Toulouse ;
— de la mortalité pendant la guerre ;
— du fait que la Loi de 1838 n'est entrée à nouveau en vigueur à l'Hôpital psychiatrique qu'en 1957.

L'Hôpital Psychiatrique de Montauban est un Service ouvert, mixte, hommes et femmes étant soignés par la même équipe pour un département entier, le Tarn-et-Garonne, département essentiellement agricole de 180.000 habitants. Pendant la durée de ce travail, il y avait un Médecin-Chef pour l'année 1960 et 2 Internes. Pour l'année 1961, il y avait le Médecin Chef, un Médecin Assistant et 2 Internes.

L'intérêt de ce travail est d'isoler les chroniques pour les étudier à part. Mais il est indispensable de les replacer dans l'activité entière du Service. Pour cela, nous donnerons un

aperçu du rendement thérapeutique au cours des 10 dernières années.

Du 1er Janvier 1952 au 1er Janvier 1962, on a enregistré 4.159 entrées.

Parallèlement, nous avons réalisé 3.980 sorties définitives. Ces calculs montrent qu'il y a à peu près autant de malades qui entrent et qui sortent du Service chaque année. Le nombre des entrées et des sorties s'équilibre à peu de choses près. En moyenne et par année, nous obtenons les chiffres des 116 entrées pour 398 sorties.

Bien que nous ayions pratiqué :

— 6.514 électro-chocs,
— 396 cures de Sakel,
— 776 cures de désintoxication,
— 2.700 cures de sommeil ou traitements chimiothérapiques,

durant ces 10 ans, nous avons sédimenté 155 chroniques, y compris ceux qui existaient déjà.

En fait, ces chiffres sont satisfaisants; ils nous montrent que dans le Service la sédimentation est faible. Rapporté au nombre total des entrées, les chroniques représentent environ 3,6%.

Pour terminer, donnons les tableaux faisant ressortir la répartition des chroniques en fonction de l'âge, de la durée d'hospitalisation et du diagnostic.

(Voir TABLEAUX pages suivantes)

CHRONIQUES SELON LE DIAGNOSTIC

1) *Schizophrénie et Délires chroniques* (70) = 45,5%.

	Type D. P.	Type paranoïde	Type paraphrénique
Hommes.	19	2	14
Femmes.	24	5	6

2) *Syndromes démentiels* (17) = 12%.

	Type D. S.	Type Korsakoff	Type P. G.
Hommes.	1	2	3
Femmes.	8	1	2

3) *Oligophrénie* (33) = 21%.
Hommes : 24.
Femmes : 9.

4) *Epilepsie* (12) = 7%.
Hommes : 6.
Femmes : 6.

5) *P. M. D.* (10) = 6%.
Hommes : 5.
Femmes : 5.

6) *Déséquilibre mental et Pervers* (9) = 5,5%.
Hommes : 7.
Femmes : 2.

7) *Alcoolisme chronique* (4) = 3%.
Hommes : 4.
Femmes : 0.

CHRONIQUES SELON L'AGE

	de 20 à 30 ans	de 30 à 50	de 50 à 70	de 70 à 80	plus de 80
Hommes.	7	11	35	4	0
Femmes.	8	26	21	8	5

CHRONIQUES SELON LA DURÉE

	Entrés avant 45	Entrés de 45 à 50	Entrés de 50 à 55	Entrés en 1955	Entrés en 1956	Entrés en 1957	Entrés en 1958	Entrés en 1959
Hommes :	8	10	25	12	8	6	7	11
Femmes :	7	9	12	8	8	8	7	9

CHAPITRE II

Facteurs étio-pathogéniques de la Chronicité

On ne peut généraliser à partir de cette étude pour l'ensemble des hôpitaux psychiatriques, mais on va essayer de dégager les facteurs qui :

— d'une part, entraînent la chronicité de certains;
— d'autre part, empêchent la chronicité des autres.

Nous envisagerons successivement l'influence de l'âge, du terrain, de la maladie, des conditions sociales et des conditions administratives sur la chronicité.

a) *INFLUENCE DE L'AGE SUR LA CHRONICITÉ :*

82 { 15 de nos observations ont moins de 30 ans.
67 ont entre 30 et 50 ans.

73 { 56 ont entre 50 et 70 ans.
17 ont plus de 70 ans.

82 malades ont donc moins de 50 ans, 73 ont plus de 50 ans. En valeur relative, on a sédimenté plus de jeunes que de vieux.

a) Nos 15 jeunes chroniques sont des oligophrènes pour la plupart. Tous les psychiatres sont d'accord pour déplorer l'accumulation de ces états d'arriération dans les Hôpitaux Psychiatriques, d'autant qu'ils ne relèvent pas toujours d'une assistance hospitalière classique. Ils sont destinés à passer de longues années à l'hôpital. D'emblée, ils sont condamnés à l

chronicité si l'on n'entreprend aucune mesure psycho-pédagogique pour eux.

b) Le nombre maximum de chroniques se situe entre 30 et 50 ans (67 observations). Si quelques autres syndromes sont représentés dans ce lot de malades, la majorité sont atteints de syndromes schizophréniques. Les délirants chroniques systématisés ou non sont aussi les plus nombreux dans notre classification nosologique.

c) 17 de nos malades ont plus de 70 ans : 12% de nos chroniques sont donc des vieillards. Ce pourcentage n'est pas excessif. Il s'explique par des raisons démographiques et cliniques. Ce lot de malades est constitué par des schizophrènes vieillissant a l'H. P., des déments séniles ou artériopathiques destinés à y mourir, des incontinents que les hospices ne tolèrent plus (mais beaucoup de troubles qui conduisent les vieillards dans les H. P. pourraient être évités par une meilleure attitude psychologique dans les Hospices) mais aussi des malades guéris des troubles aigus qui les ont fait interner, mais qui, veufs, sans descendant ou collatéraux, ou bien encore abandonnés par leur famille, demeurent à l'H. P. parce qu'ils ne savent où aller. Avec des ressources minimes pour la plupart, ils ne peuvent vivre au dehors sans aide, étant trop vieux pour travailler. C'est pour cette catégorie de malades que l'âge peut apparaître comme un facteur adjuvant de chronicité. D'après ces calculs, on se rend compte que parmi les jeunes on trouve une majorité d'oligophrènes, parmi les adultes une majorité de schizophrènes, et parmi les vieillards, une tendance à la démence, avec 50% de vésanie.

b) *INFLUENCE DU TERRAIN SUR LA CHRONICITÉ :*

Que faut-il entendre par terrain ?

Il y a des gens plus robustes que d'autres, moins facilement atteints par les maladies, ou qui, une fois atteints, réagissent mieux et plus vite, tendant rapidement vers la guérison. D'autres, au contraire, auront tendance à la chronicité à laquelle ils s'habituent, et ils sont gagnés lentement par la complicité de

l'accoutumance et de l'inertie : réduction du dynamisme vital, immobilité conservatrice, évitant les risques et les imprévus. Tel est l'état d'adaptation hospitalière, avec perte de l'adaptation sociale, qui caractérise ces grands invalides du système nerveux. Le terrain est donc une chose mouvante où interviennent quantité de facteurs, les uns héréditaires, les autres acquis. Par exemple, la réceptivité à la schizophrénie serait un héritage chromosomique. On a de même cherché des relations entre les maladies et certains profils humains biotypologiques opposant le longiligne schizoïde chronique au bréviligne cyclothymique, caractérisé par des accès aigus.

En pratique, il y a des malades qui veulent guérir et qui tendent vers la guérison toute leur énergie; et il y en a d'autres, qui se laissent aller à la dérive, se sentant et se disant perdus d'avance. Ces malades sont des sujets de choix pour la chronicité qui les guette à chaque affection. Le terrain semble donc intervenir d'une façon importante en matière de chronicité.

c) *INFLUENCE DE LA MALADIE :*

Il apparaît d'emblée que le processus morbide est une cause principale de la chronicité. Certaines maladies sédimentent peu. C'est le cas des psychoses maniaco-dépressives. D'apparence chroniques, parce que les accès successifs amènent des hospitalisations répétées, elles répondent aux critères cliniques des maladies aiguës. Mais elles se chronicisent lorsque les intervalles libres entre les accès deviennent perturbés, maintenant ainsi ces malades à l'hôpital pour une durée plus longue, les faisant intégrer dans la catégorie des chroniques. Toutefois, le nombre de ces malades est restreint : 10 parmi nos 155 observations, soit 6%.

EXEMPLE PARMI NOS OBSERVATIONS.

Madame Jeanne P..., âgée de 60 ans, admise dans le Service le 28-1-1959 pour état dépressif ; a présenté avant son hospitalisation 6 accès dépressifs ou maniaques en 1926, 1937, 1952, début 1958 et fin 1958. — Jusqu'en 1952, les intervalles libres entre les accès étaient parfaits. Après 1952, la rémission a été moins franche, malgré la

sismothérapie et la chimiothérapie toujours appliquées. A l'entrée dans le Service en 1959, état dépressif typique avec inhibition motrice et psychique, idées d'incurabilité, douleur morale. Etat survenu peu de temps après la mort de son mari. A été traitée par électro-chocs et chimiothérapie. Les idées dépressives s'estompent, puis réapparaissent périodiquement. Il persiste toujours un déséquilibre thymique permanent. Les variations de l'humeur qu'elle présente font que sa sortie ne peut être envisagée et qu'elle doit rester encore pendant une période indéterminée à l'hôpital, ne possédant pas d'ailleurs un milieu familial apte à l'accueillir pendant quelques temps.

Quatre autres malades, soit 3%, sont des alcooliques chroniques au sens restreint de chronicité adopté dès le début de ce travail.

En fait, il y en a davantage, mais leurs retours fréquents excluent la plupart d'entre eux de nos statistiques. Cette catégorie de malades ne fournit pas de piliers d'hôpitaux; ils vont viennent, ne sont que de passage; leur durée de séjour est variable, allant de quelques semaines à quelques mois. Ce mode d'hospitalisation est commun aux éthyliques et aux cyclothymiques. Toutefois, il est des cas où les désordres créés par l'alcool sont si importants et si graves que les troubles ne rétrocèdent pas, et que le malade doit être maintenu à l'hôpital. Son hospitalisation à long terme se justifie alors. Mais il est des cas où ces malades deviennent chroniques parce que le seul moyen de sevrage est le maintien à l'hôpital. Dès qu'on les réintègre dans leur famille, ils se remettent à boire et présentent des troubles du comportement sévères. Pour tous ceux-là, des sorties d'essai ont été envisagées, des tentatives de réadaptation se sont révélées désastreuses. Il est donc préférable de les garder à demeure.

EXEMPLE PARMI NOS OBSERVATIONS.

Monsieur Claude R..., hospitalisé une première fois en 1955 pour éthylisme, a subi une cure de désintoxication. Réadmis le 27 Janvier 1957 pour récidive, a dû être interné en 1958, ce malade n'acceptant plus volontairement son séjour et sa sortie demeurant impossible. Il présente d'une façon permanente des phénomènes hallucinatoires d'étiologie éthylique. « C'est l'électronique — on capte sa pensée —

on agit sur lui, etc... ». Ces formations pathologiques persistent malgré les traitements. Violent et agressif, sa sortie reste impossible.

Douze malades sont des épileptiques (7%) ; c'est peu si on les compare aux 33 oligophrènes de nos calculs, mais s'explique très bien si l'on considère que l'hospitalisation prolongée pour les épileptiques ne se justifie que lorsque une médication correcte ne peut être contrôlée, lorsque les crises et les absences trop nombreuses sont un handicap trop sérieux pour le malade; ou encore lorsque les troubles du caractère ou du comportement sont incompatibles avec une vie familiale. Dans ces conditions, certains épileptiques doivent demeurer à l'hôpital et deviennent ainsi des chroniques. Comme pour la psychose maniaco-dépressive, ils sont toutefois peu nombreux (12 sur 155).

EXEMPLE PARMI NOS OBSERVATIONS.

Mademoiselle Odile P..., hospitalisée depuis 1955 pour crises commitiales et troubles du caractère. Un placement en hospice a été envisagé, s'est soldé par un échec total, a dû réintégrer l'hôpital 3 mois après. Crises et absences fréquentes, surtout au moment des règles. Très visquese, parfois violente, cherchant querelle à quelqu'un, faisant toujours des remarques désobligeantes au personnel et aux malades. Agressivité et impulsivité fréquentes. Le traitement par le 8.909 R. P. a fait rétrocéder les troubles du caractère et a facilité sa vie hospitalière. Toutefois, le nombre de crises demeure important et on ne peut envisager sa sortie.

Mais il semble incontestable que les malades qui font le plus long séjour à l'Hôpital Psychiatrique actuellement, et qui sont les plus nombreux, sont les schizophrènes (70 sur 155), soit 45,5%. Il s'agit de malades hospitalisés depuis des années, dont l'évolution s'accompagne d'agitation avec hallucinations, autisme et impulsions. C'est pour eux que la réinsertion dans la vie sociale est la plus difficile et qui sont le moins accessibles à la thérapeutique. Outre le processus morbide ici en cause, ces sujets font partie de cette catégorie de malades qui ne veulent pas sortir par crainte de la vie à l'extérieur. Souvent ils sont partagés entre le désir et la crainte de vivre ailleurs qu'à l'Hôpital Psychiatrique.

EXEMPLE PARMI NOS OBSERVATIONS.

Mademoiselle Henriette V..., 36 ans, admise à l'Hôpital Psychiatrique en 1948, pour schizophrénie. Jusqu'à l'âge de vingt ans, pas d'antécédent pathologique. Développement psycho-moteur normal. Le début des troubles semble aigü et est survenu en même temps qu'un gros choc émotif (incendie de la ferme familiale). Dans les antécédents familiaux, on relève la notion de maladie mentale chez une sœur de la mère. A été successivement traitée au Service libre de l'Hôpital de Montauban, en 1948, puis à l'Hôpital Marchand à Toulouse, ensuite au Bon-Sauveur d'Albi, en service fermé à Cayssiols. A présenté des alternatives de rémissison et de rechute. A reçu des électro-chocs, des abcès de fixation, pyréthotérapie, plusieurs cures de Sakel et ganglioplégiques.

Elle est revenue dans le Service depuis le 5 Octobre 1955. A son entrée, elle se présentait comme une grande aliénée avec agitation verbale et motrice permanente, incohérence, désordre de la tenue, impudeur, gâtisme et mauvais état général (36 kgs). Nous avons repris successivement toutes les thérapeutiques déjà entreprises. Nous avons tenté de l'intégrer dans des groupes de travaux, dans des sorties, en vain. Si son état général s'est amélioré, son état mental est demeuré inchangé. En 1957, on a pratiqué une lobotomie. Les résultats n'ont pas été satisfaisants. L'état psychique s'est peu modifié. Cette malade est toujours dissociée. L'agitation et la logorrhée toujours centrées sur des idées de culpabilité, sur des thèmes érotiques. Moins impulsive mais parfois violente, il ne peut être question de la rendre à la famille. D'ailleurs, une première expérience a été tentée avec une permission pour la journée. La malade ne reconnaissant ni les lieux ni ses frères et sœurs qu'elle n'avait pas revus depuis plusieurs années, s'est sentie désorientée et perdue dans ce monde extérieur et a voulu réintégrer l'hôpital après quelques heures.

Les malades atteints de psychose hallucinatoire chronique trouvent un refuge à l'hôpital. Il s'agit pour eux d'un véritable « Asile » et ne pouvant sortir, ils s'organisent pour vivre le plus commodément possible dans ce milieu qui leur devient familier. Ils s'acclimatent rapidement et acquièrent vite des habitudes tendant à les fixer dans une certaine routine.

EXEMPLE PARMI NOS OBSERVATIONS.

Monsieur Edouard G..., 54 ans, hospitalisé dans notre Service depuis 1959 pour onirisme hallucinatoire, idées de grandeur et de persécution. (Je suis général — ma famille veut me rouler dans une

affaire de partage). Il voit et entend des avions qui lui parlent et qui lui commandent d'agir. C'est ainsi que sur ordre de ces mêmes avions il avait menacé avec un fusil un voisin et avait tiré sur un motocycliste de passage sans l'atteindre). Ses réactions anti-sociales ont motivé son placement d'office. Il existe en outre un appoint éthylique chez de malade atteint de débilité mentale légère. A été traité par neuroleptiques, strychnothérapie et insulinothérapie. Amélioration dès l'entrée ; très vite, s'est mis à critiquer son état. Mais, fixé à l'hôpital depuis 4 ans, il ne désire pas tellement en sortir. Il est atteint par ce que l'on peut appeler « le vertige de la sortie ». Il demande régulièrement quinze jours de permission par mois ; chez lui, il prend ses médicaments et travaille. S'il reste bizarre et quelque peu délirant, c'est malgré tout un malade susceptible de vivre dans sa famille.

17 de nos chroniques sont atteints de démence (9 D. S. — 3 Korsakoff — 5 P. G.), soit 12% de nos observations. Ce pourcentage peut surprendre à première vue. Nous recevons, en fait, un nombre plus important de vieillards, mais tous ne sont pas atteints de démence sénile. Certains presentent des petits troubles du comportement en particulier, agitation nocturne et somnolence diurne, qui font que leur famille demande une hospitalisation. Après avoir inversé par la thérapeutique habituelle le rythme de vie de ces vieillards, on arrive dans la majorité des cas à les replacer dans leur milieu familial. Pour ceux qui présentent un état de détérioration plus avancé avec troubles de la mémoire et de l'orientation, on tente toujours, après quelques temps d'hospitalisation, un placement en hospice ou en hôpitaux ruraux voisins, ce qui en général réussit assez bien. Il est bien évident que nous conservons les authentiques déments séniles, mais leur nombre n'est pas important, et pour ceux-là comme pour les autres malades d'ailleurs, nos statistiques correspondent tout à fait à celles données par le Docteur BALIER (publiées par la Ligue Française d'Hygiène Mentale). Ces statistiques concernent 100 établissements psychiatriques français, soit *103.152 malades :*

Sur 103.152 existants au 31 Décembre 1960, il y avait :

— Schizophrénies : 23,4%.
— Délires chroniques : 13,3%. } 36,7%.

— Etats d'arriération : 17,7%.
— P. M. D. : 9,9%.
— Etats démentiels : 9,5.
— Alcoolisme : 7,6%.

Existants ayant plus d'un an de séjour : 74.889 au 31 Décembre 1961, soit 72,6%. Donc, sédimentation importante, ainsi répartie :

— Schizophrénies : 26,3%. } 41,3%.
— Délires chroniques : 15%. }
— Etats d'arriération : 28,8%.
— P. M. D. : 7,8%.
— Etats démentiels : 8,8%.
— Alcooliques : 5%.

La sédimentation est représentée essentiellement par le groupe des schizophrénies, des délires chroniques et des états d'arriérations.

Nous pouvons comparer ces statistiques générales à celles de notre Service :

— Schizophrénies et délires chroniques : 45%.
— Etats d'arriération : 21%.
— P. M. D. : 6%.
— Etats démentiels : 12%.
— Alcoolisme : 3%.
— Epilepsie : 7%.
— Déséquilibre mental et pervers : 5,5%.

La sédimentation est donc représentée ici aussi par le groupe des schizophrénies, délires chroniques et états d'arriération.

d) *INFLUENCE DES CONDITIONS SOCIALES :*

Elles interviennent de façon appréciable dans la genèse de la chronicité. Dans la plupart de nos observations, le milieu dans lequel vit le malade joue un rôle certain. Nous avons tout d'abord en vue le problème particulier posé par les désadaptés sociaux.

Certains malades du milieu rural font, à l'occasion d'événements pénibles ou inhabituels, des troubles mentaux aigus. Ils viennent à l'hôpital, y sont soignés, guéris, ou tout au moins stabilisés. Il arrive que ces malades redoutent leur sortie parce qu'à l'intérieur même de l'hôpital ils se sont réorganisés dans un milieu qui leur est plus favorable, une vie qui les satisfait davantage. Bien adaptés aux conditions communautaires et hospitalières, ils n'envisagent nullement d'aller se fixer ailleurs

EXEMPLE PARMI NOS OBSERVATIONS.

L'un de nos chroniques illustre parfaitement cette manière de voir. — Monsieur Edouard M..., 40 ans, travaillant comme ouvrier agricole chez sa mère et son beau-père, entré dans le Service le 5 Juin 1959, pour bouffée délirante polymorphe présentée à l'occasion de l'éclatement du milieu familiai. Grâce au traitement, les idées délirantes, les hallucinations et le syndrome d'influence ont disparu. Ce malade est calme depuis le début de son admission. Ses permissions se passent sans incident. Il travaille actuellement à l'extérieur et pourrait sortir définitivement. Mais lui ne s'intéresse pas à sa sortie. Il se plaît à l'hôpital où il travaille, mais peu activement. Il s'est restructuré au sein même du pavillon, ne réclamant pas sa famille. Ces conditions de vie seraient certainement plus défavorables s'il n'était plus hospitalisé. Obligé de travailler bien davantage pour payer loyer, nourriture, etc... Serait-il même certain de trouver un travail lui permettant de subvenir à ses besoins ?

Nous abordons ici un tout autre problème, tout aussi important d'ailleurs : celui du standing des hôpitaux. Trop élevé, certains pensent qu'il pourrait devenir une cause de chronicité. Les malades acquièrent vite des habitudes de confort et de bien-être qu'ils savent ne plus retrouver chez eux. Combien de nos hospitalisés trouveront une fois rentrés dans leur famille, la douche, les toilettes, la propreté des locaux, le chauffage central, la télévision, et les autres distractions offertes aux malades ? Ils se trouvent satisfaits des nouvelles conditions de vie qui leur sont imposées et désirent y rester le plus longtemps possible. Le maintien à l'hôpital étant pour eux la solution de facilité. Il est aussi évident qu'une psychothérapie trop protectrice favorise la chronicité. Les malades ne se font aucun souci, ne se posent aucune question, lorsqu'ils sont hospitalisés. Ils se

sentent protégés, dirigés, n'ont pas de problèmes à résoudre. La vie à l'extérieur leur fait peur, ils craignent de ne pas pouvoir, ou de ne pas savoir s'organiser, prendre les initiatives, les décisions. La notion de responsabilité qui n'existe pas à l'hôpital pour les malades les effraye et ils préfèrent subir les inconvénients d'une vie en collectivité plutôt que d'être aux prises avec les difficultés journalières que la vie à l'extérieur impose.

Parfois, un peu semblable est le cas des célibataires et des veufs. N'ayant pas de foyer et fuyant une désolante solitude, ils errent de la maison de retraite à l'hôpital, en passant par la maison de repos. Mais c'est souvent à l'hôpital qu'ils se fixent et il est difficile d'envisager la sortie définitive de façon humaine, ne sachant parfois où les envoyer.

Mais, à côté de ces chroniques sans famille, il y a tous ceux qui sont rejetés par la leur. Et nous pensons tout particulièrement aux oligophrènes pour lesquels, malgré les possibilités de permission qui leur sont offertes, on se heurte à l'indifférence des familles.

Les conditions sont identiques pour certains vieillards, où les chances de sortie reposent sur l'étai familial ou l'encadrement social. Nous savons que beaucoup de vieux sont sans famille ou abandonnés par celle-ci. C'est par manque d'un foyer normal ou par abandon qu'ils deviennent des chroniques.

Enfin, nous ne perdrons pas de vue le nombre important de malades devenus des chroniques parce qu'ils sont vus trop tard par le psychiatre. On sait en effet que plus les malades tardent à rentrer à l'hôpital, plus ils sont perturbés. Leur guérison devient de ce fait plus longue, plus difficile et plus hypothétique. Ces malades vus trop tard sont, d'emblée, des candidats à la chronicité. Le Docteur SIVADON l'a maintes fois souligné. « C'est parce que les maladies mentales ne sont pas reconnues à temps, ou qu'on les cache, qu'elles ne guérissent pas. C'est parce qu'elles deviennent chroniques qu'elles font peur. Et c'est parce qu'elles font peur qu'on les cache. » Démystifier la maladie mentale permettrait de la rendre plus accessibe aux nouvelles thérapeutiques et en conséquence diminuerait le risque de chronicité.

Or, s'il entre tard à l'hôpital, c'est parfois parce que le médecin de médecine générale tarde à orienter son malade vers une consultation spécialisée. Mais on ne peut nier que certains de nos malades ont été vus trop tard par le médecin traitant lui-même. Souvent, la famille ne demande une consultation que lorsque la situation est devenue intoérable, et l'on rejoint ici l'idée de honte de ces maladies que le public tente encore de cacher ou d'ignorer.

A côté des conditions sociales, dont le rôle est primordial en matière de chronicité, se placent tout naturellement :

e) *INFLUENCE DES CONDITIONS ADMINISTRATIVES.*

Deux modes de placement se pratiquent à l'Hôpital Psychiatrique de Montauban :

— le service libre,
— l'internement.

Quarante-cinq de nos observations, soit à peu près le quart, concernent des malades internés. L'internement est responsable de la conception qui a fait diviser arbitrairement les malades en petits mentaux, aliénés dangereux et chroniques. Ces derniers devant être relégués dans les hôpitaux pour un temps indéfini. A l'heure actuelle, l'internement ne se justifie plus selon les normes de la loi de 1838, car s'il assure la séquestration prolongée notamment des malades dangereux, il engage l'avenir de ces mêmes malades, empêchant une resocialisation précoce et par là-même favorise la chronicité.

En 1945, le Professeur HEUYER écrivait : « L'internement doit être réservé aux malades dangereux pour eux-mêmes, ou pour les autres, mais aussi pour les malades mentaux chroniques qui, sans être immédiatement dangereux du fait de leurs troubles mentaux, ne peuvent vivre en liberté à cause de leur affaiblissement intellectuel et doivent être soumis à une surveillance ». — Cette règle générale a longtemps conservé une valeur pratique indiscutable ; actuellement, on ne peut plus admettre que les malades chroniques doivent être tous placés

sous le régime de la Loi de 1838. Les moyens thérapeutiques dont nous disposons ont changé cette manière de voir. Les troubles psychiques qui, il y a encore peu de temps, nécessitaient l'internement du malade sont aujourd'hui suffisamment améliorés par les traitements médicamenteux, les thérapeutiques de choc, pour qu'on puisse envisager la possibilité d'une hospitalisation de courte durée.

D'autre part, pour les internés, il ne peut être question de sortie avant que de longues formalités administratives ne soient réglées. Et l'on sait que l'efficacité thérapeutique de la sortie dépend en grande partie du moment où elle est effectuée. Aussi le médecin doit-il pouvoir réaliser des sorties rapides au moment qu'il juge opportun. Cette souplesse illimitée dans les sorties est nécessaire à la réadaptation sociale progressive en dehors de laquelle toutes les tentatives thérapeutiques sont vouées à l'échec. Or, avec les malades soumis à la loi de 1838, le Médecin n'a pas toute liberté pour régler leur sortie.

La loi de 1838 n'est maintenue que parce que la société veut être protégée contre certains dangers. C'est une loi de défense sociale qui doit se transformer en loi sanitaire. Il ne devrait plus y avoir de loi de ségrégation de malades mentaux, et au lieu de parler d'internement, il faudrait parler de défense sociale qui est alors affaire de justice et non affaire de médecin.

L'internement intervient aussi dans la genèse de la chronicité en retardant l'hospitalisation. Pendant la période initiale où les troubles ont encore une allure peu évocatrice, les médecins et les familles hésitent à faire interner les malades. Le Médecin traitant n'aime guère en effet être l'auteur de certificat d'internement. Cette responsabilité l'effraye. Il ne se résoud à interner son malade que contraint par l'aggravation des troubles mentaux.

Si l'internement entraîne la chronicité, l'encombrement créé par les sujets internés prend aussi une bonne part. Le vieil adage, « le chronique engendre le chronique », se vérifie pleinement à l'intérieur du service. L'expérience journalière montre qu'un malade que l'on envoie dans un pavillon de chroniques

aura moins de chance de sortie que s'il avait été transféré dans un pavillon où sont mélangés malades aigus et chroniques.

Nous signalerons à part les sujets médicaux-légaux qui représentent 5 de nos observations. Ce sont des chroniques par excellence pour lesquels l'hôpital fait du gardiennage. Leur présence à l'intérieur du Service rend parfois l'ambiance défavorable et crée des perturbations. Nous envisagerons ultérieurement les solutions à proposer pour eux.

A côté de l'internement, de l'encombrement, et des sujets médico-légaux, qui favorisent la chronicité, nous incluerons dans les conditions administratives les prises en charge de la Sécurité Sociale parfois trop prolongées. Il suffirait souvent pour qu'une famille reprenne son malade que la Caisse de Sécurité Sociale ou Agricole réduise sa participation et que les frais d'hospitalisation reviennent en partie à la charge de la famille. Il faudrait aussi que dans ce cas que les « $\frac{1}{2}$ journées » soient perçues par l'hôpital. Si parmi nos observations quelques prises en charge étaient partiellement retirées, autant de nos malades sortiraient de l'hôpital et rejoindraient, sans inconvénient pour eux, leur milieu familial. Ceci concerne évidemment des malades authentiques pour lesquels on ne peut « exiger » la sortie, qui serait alors vouée à l'échec.

Les conditions administratives ont donc une part active dans la genèse de la chronicité. On ne saurait les négliger. L'encombrement en particulier des services crée à tous les psychiatres des problèmes aigus qu'il devient urgent de résoudre. Des solutions doivent être rapidement envisagées. Nous nous proposons, dans la deuxième partie de ce travail, d'ébaucher ces questions.

CHAPITRE III

Existe-t-il un rapport entre la Chronicité et l'Activité thérapeutique ?

Ce rapport est certain, évident. L'activité thérapeutique a empêché la chronicité de nombreux malades, mais, de plus, elle a permis la sortie de chroniques hospitalisés depuis des années.

Les agents thérapeutiques dont disposent les médecins depuis plusieurs années ont complètement bouleversé la durée d'hospitalisation, l'évolution des maladies et, par là-même, diminué de façon spectaculaire le nombre des chroniques. Nous citerons en premier lieu l'électro-choc. Chaque médecin a en mémoire ces grandes salles d'asile remplies d'états dépressifs, qui traînaient depuis des années, de psychoses puerpérales évoluant depuis très longtemps. L'électro-choc appliqué à ces malades a fait des miracles. En quelques séances, on a vu ces malades se resocialiser, prendre apparence de normalité. Leur humeur s'est stabilisée. On a pu établir enfin le contact avec eux, et la sortie a pu être envisagée. Depuis lors, la sismothérapie est toujours appliquée pratiquement avec succès, surtout lorsqu'il y a nécessité d'obtenir des améliorations rapides. Elle a réduit considérablement la durée d'hospitalisation de beaucoup de malades.

L'Insulinothérapie a permis à 75% de schizophrènes traités dans les Services d'être suffisamment améliorés pour pouvoir retourner dans leur famille. Si elle n'apporte pas toujours la

guérison souhaitée, elle permet de faire alterner les périodes d'hospitalisation avec les séjours dans le milieu familial. Autrement dit, elle réduit le temps passé à l'hôpital, donc diminue la chronicité. L'Insulinothérapie a permis surtout de stabiliser le malade à un degré de sociabilité, grâce auquel l'avenir n'est plus définitivement compromis. Si, comme nos statistiques le prouvent, elle est bien loin d'avoir aboli la chronicité des schizophrènes, associée à l'ergothérapie et aux psychothérapies de groupe (sport, culture physique, etc...), elle a fait rétrocéder de façon très appréciable les longues hospitalisations de ces syndromes.

L'apparition des neuroleptiques est peut-être le fait dominant en matière de chronicité. La chloropromazine, premier de la chaîne, a transformé l'ambiance des services. Elle réduisait rapidement les états d'agitation et favorisait le calme malgré la surpopulation des pavillons. Elle a permis la sortie de beaucoup de malades hospitalisés depuis de nombreuses années, grâce à la poursuite d'un traitement ambulatoire pouvant être suivi à domicile. Tous les neuroleptiques nés après le Largactil ont eu les mêmes conséquences; ils ont fait rétrocéder ou ils ont stabilisé les troubles, et ont entraîné de ce fait une diminution du temps d'hospitalisation.

Un fait toutefois mérite d'être souligné : beaucoup de malades deviennent des chroniques parce qu'une fois chez eux, ils refusent toute thérapeutique, qu'ils jugent inutile ou gênante. La persistance du traitement après la sortie de l'hôpital est un facteur essentiel. A partir du moment où le malade l'admet, on a acquis un avantage sur la chronicité. Malheureusement, c'est souvent l'inverse qui se produit, et nous sommes tous d'accord pour affirmer que la cessation rapide d'un médicament entraîne irrévocablement une rechute, donc une nouvelle hospitalisation, parfois plus longue que la précédente, favorisant ainsi la sédimentation. La surveillance de ces traitements suppose toute la structure extra-hospitalière indispensable, en relation étroite avec le service d'hôpital.

Nous ne dirons qu'un mot de la Psycho-Chirurgie. Elle a permis à certains malades, notamment à des psycho-névroses

obsessionnelles, des rémissions appréciables, au cours desquelles les malades ont pu sortir de l'hôpital et vivre normalement dans leur milieu familial.

Apport de l'Electroencéphalographie à l'étude de la Chronicité

Nous savons qu'il faut très attentivement faire la part des anomalies en quelque sorte spontanées, liées au disfonctionnement cérébral et toute la série des petites anomalies que l'on peut attribuer aux traitements par les neuroleptiques en particulier, mais aussi aux autres traitements. Il est possible de faire la part des deux causes et il serait intéressant qu'un travail systématique soit fait.

D'ailleurs, au dernier colloque de la Salpêtrière, sur l'état actuel de l'électro-encéphalographie clinique, plusieurs auteurs ont souligné le mauvais pronostic qui s'attachait en général aux tracés normaux et monotones chez les malades mentaux. En effet, il semble bien que l'on a souvent des anomalies de types divers pendant toute la période aiguë de la maladie, c'est-à-dire pendant la période réversible, alors que ces anomalies disparaissent lorsque le malade s'est invétéré dans son délire. Il est hors de doute que les périodes particulièrement aiguës des affections psychiatriques s'accompagnent d'anomalies de l'E. E. G., alors que les malades très chronicisés ont, avec une grande fréquence, des tracés particulièrement monotones, avec perte de la différence physiologique des rythmes, suivant les régions et les montages.

CHAPITRE IV

Les Solutions à apporter

Elles sont de plusieurs ordres :

1) *Opérer des tris nécessaires et créer des Services spécialisés.*
2) *Faire des Services suffisamment petits, mélangeant aigus et chroniques.*
3) *Psychothérapie orientée vers la sortie.*
4) *Faire des admissions en service libre.*
5) *Multiplier le nombre des Médecins.*
6) *Post-cure et ateliers protégés.*

1) — Opérer des tris nécessaires.

Si nous ôtons de nos observations les bacillaires, les arriérés, les alcooliques, les aliénés difficiles et les vieillards, nous nous rendons compte que le nombre total de nos malades est diminué de plus du tiers. Pour ces malades, qui ne relèvent pas en fait de l'Hôpital Psychiatrique proprement dit, mais qui en augmentent l'encombrement, il est indispensable de créer des Services spécialisés.

Nous pensons, en effet, qu'il saute aux yeux que plus seront individualisés les services de spécialité, mieux les soins seront assurés et le personnel plus convenablement adapté aux divers ordres de thérapeutiques qui s'imposent.

a) *Les Tuberculeux.* — Beaucoup de psychiatres se sont penchés depuis longtemps sur les rapports de la Tuberculose

et de la Psychiatrie. Ces rapports sont maintenant bien connus. On sait notamment qu'un certain nombre de schizophrènes sont des tuberculeux avérés ; et qu'outre les inter-actions bacillose-schizophrénie, certains malades peuvent être atteints par le B. K. au même titre qu'un autre individu.

Nous savons que l'Ecole sociatrique, en particulier pour réussir l'expérience des secteurs, se félicite de la possibilité, grâce aux antibiotiques, de maintenir dans les services psychiatriques ordinaires les tuberculeux.

Nous pensons que c'est une régression médicale, et que, dans un souci légitime d'éviter la contagion, il faut isoler à tout prix des autres malades mentaux, les tuberculeux. D'ailleurs, dans une communication à la Société de Médecine légale qui remonte en 1952, le Docteur LECONTE avait déjà exprimé le désir qu'en matière d'hospitalisation on envisage :

— au sein de l'Hôpital Psychiatrique, l'organisation d'un Service de phtisiologie ;
— à l'échelon régional ou national, la construction de sanatoria psychiatriques ;
— au sein du sanatorium, l'attachement d'un psychiatre ou du moins le recours plus fréquent de son appel en consultation.

b) *Les Arriérés.* — Devant l'augmentation des oligophrènes dans les hôpitaux psychiatriques, on en vient à souhaiter une séparation avec tout ce que cette conception peut comporter d'inconvénients et d'erreurs. En ce qui concerne certaines catégories d'oligophrènes, on a tendance à admettre que leur traitement relève d'unités de soins spécialisés, à condition de ne pas confondre une véritable spécialisation avec la ségrégation. Mais trop d'hôpitaux psychiatriques n'en possèdent pas encore, et les arriérés sont alors plus ou moins mêlés aux autres malades, ce qui constitue une condition fâcheuse. Ces unités de soins doivent bénéficier d'un équipement complet et d'un personnel suffisant. Il faut faire remarquer ici que le sort des oligophrènes devrait être confié aux psychiatres d'enfant. De l'enfance à l'âge adulte en effet, les oligophrènes exigent une certaine

continuité des techniques. Cette attitude n'est pas une manière détournée de soulager la pratique de l'adulte de la charge de ces sujets. Elle nous paraît rationnelle pour pratiquer la rééducation ininterrompue des arriérés, seule thérapeutique psychopédagogique qui doit être appliquée tôt, progressivement, méthodiquement et longtemps.

c) *Les Alcooliques.* — Le nombre considérable d'alcooliques, le caractère spectaculaire et apparemment gratuit de leurs méfaits ne facilite pas le choix d'une solution rationnelle, mais les dernières lois anti-alcooliques permettent d'espérer que bientôt les hôpitaux psychiatriques ne recevront plus les alcooliques dangereux, qui ont souvent une influence défavorable sur l'ambiance du service. Si on ne peut nier qu'il existe envers eux un fond d'irritation, d'hostilité, et de désir plus ou moins conscient de sanctions, l'idée de traiter les alcooliques à part se justifie tout à fait sur le plan médical. En effet, même si parmi les alcooliques récidivistes se trouvent d'authentiques psychopathes, il est indispensable d'éviter à la majorité des malades mentaux le voisinage des sujets qui compromettraient leur guérison, de même qu'en médecine générale on isole les malades contagieux. Divers établissements pourraient être organisés sur le plan départemental ou sur le plan régional, et ne recevraient que des alcooliques.

d) *Les Aliénés difficiles et les médico-légaux.* — Les déséquilibrés internés à la suite d'un non-lieu après réaction antisociale doivent également être séparés de l'ensemle des malades et traités dans des établissements de « défense sociale », tels qu'il en existe à l'étranger, et tels qu'il en a été créés ces dernières années en France. Ces médico-légaux constituent actuellement la seule catégorie de malades mentaux qui méritent encore d'être considérés comme dangereux et internés. Depuis longtemps, les médecins réclament la création de tels services de sûreté, à mi chemin entre la prison et l'hôpital, et qui permettraient de débarrasser les services hospitaliers d'éléments perturbateurs responsables de la majorité des incidents. En 1937, HAYE et LAUZIER écrivaient déjà à ce propos : « Les

mesures spéciales de surveillance que ces psychopathes délinquants exigent, leur influence souvent déplorable, les sentiments pénibles que leur voisinage peut éveiller chez les autres malades ou leurs familles, sont des raisons suffisantes pour exiger la construction d'établissements spéciaux (annexés aux prisons parfois) qui leur seront réservés ». — On se demande si cette solution est bien la meilleure, car il faut parfois regretter que le transfert des malades dans ces établissements ne respecte pas toujours les indications précises de l'admission. Des malades mentaux authentiques s'y égarent constamment. Lorsque la connaissance de l'homme et de certains problèmes sociaux aura fait de nouveaux progrès, le traitement des aliénés difficiles prendra peut-être une autre forme.

e) *Les Vieillards.* — Il convient d'épargner aux malades la promiscuité et le spectacle démoralisant des vieillards déments. D'autant que les Hôpitaux psychiatriques ne sont pas toujours équipés pour un traitement rationnel des démences. Il ne faut conserver dans les H. P. que les vieillards atteints de psychoses caractérisées. La création d'unités spécialisées peut être ainsi conçue, à condition de leur assurer toutes les garanties d'équipement et de fonctionnement. Ces Services géronto-psychiatriques s'adresseront aux troubles psychiques et aux problèmes que posent le comportement pathologique du vieillard.

Mais avant même d'améliorer l'infra-structure hospitalière, il faut améliorer les conditions d'assistance à domicile. C'est par la prévention et le dépistage qu'on évitera l'accumulation des psychoses de la sénilité à l'Hôpital psychiatrique. Des conseils d'ordre social et juridique donnés au bon moment, des enquêtes sur les conditions sociales dans lesquelles vivent les vieillards, les services d'assistance à domicile, sont les meilleures solutions à la chronicité des vieux. L'hôpital de jour peut également soulager l'hôpital psychiatrique, ainsi que la création de foyers résidentiels. L'O. M. S. a parfaitement défini la politique relative à la sénescence et aux personnes âgées. Il préconise le développement des services nécessaires pour soigner les vieillards sans les hospitaliser.

Un système complet d'assistance devra être institué (aide ménagère, assistante sociale, infirmière visiteuse, psychiatre consultant), mais aussi des clubs récréatifs, des ateliers protégés, des foyers d'accueil, tout cela ayant pour but une resocialisation des vieillards.

2) — Faire des Services suffisamment petits, mélangeant aigus et chroniques.

La division des grands services en petites unités de soins s'impose actuellement. Déjà, au siècle dernier, Hitzig écrivait : « Les établissements où les malades sont rassemblés dans de grandes divisions et dans de grandes cours présentent encore aujourd'hui des formes de maladies mentales reconnues comme étant le produit artificiel des asiles d'aliénés. Lorsqu'on réunit tant de fous dans les mêmes lieux, ils s'infectent réciproquement et la dégénération psychique de nombreux individus devient la conséquence forcée de l'organisation de l'asile. Nous voyons par là à quel degré la marche des psychoses est influencée par les circonstances extérieures, et nous constatons combien le présent peut être tristement compromis par les erreurs du passé. Un asile mal combiné fera peser sur des générations entières les fautes de son origine, malgré toutes les améliorations que l'art des médecins chercherait à y apporter ».

Avec le système de groupement, mélangeant aigus et chroniques, tous les malades se considèrent en traitement. On sait qu'en France, la séparation des malades par catégories est presque officielle. On sait que dans notre Pays les techniciens ont toujours été très attentifs à n'accepter ce mode de séparation qu'avec les plus grandes réserves. C'est ainsi que la division des malades en « aigus » et en « chroniques » a toujours été combattue énergiquement, tandis qu'à l'étranger il est courant aujourd'hui de constater cette division. Dans certains pays d'Europe, on distingue les deux catégories de malades par les lettres A et B.

Mais à côté de cette lutte menée en France contre ce genre de distinction, qui ne paraît même pas fondée techniquement, pour certains tout au moins, on a pu voir ces dernières années

des expériences consistant à supprimer les distinctions entre pavillons affectés à des cadres nosologiques précis. Des considérations fondées sur la nécessité de la thérapeutique institutionnelle et de groupe ont même tenté de justifier cette manière de voir. Toutefois, l'augmentation des vieillards assistés et des oligophrènes a incité bon nombre de médecins à revenir sur le problème de la séparation de certaines catégories de malades. Cette tendance une fois amorcée, quelques-uns ont repris l'idée d'une séparation plus poussée et envisagent de nouveau la création de services d'aigus et de chroniques. Mais cet argument a été opposé à la politique de secteur, à la fois du fait de l'insuffisance actuelle du nombre de pavillons permettant la création de service mixte et du fait d'un souci légitime de favoriser la spécialisation dans la spécialité (névrose aiguë, aliénés difficiles, alcooliques, enfants et adolescents).

3° — Psychothérapie orientée vers la sortie.

La Médecine moderne cherche de plus en plus à traiter l'homme malade au sein de son milieu. Le passage à l'hôpital doit être de plus en plus éphémère, et, s'il doit se prolonger, il s'impose par la nécessité des techniques très spécialisées, biologiques, psychothératiques ou socio-thérapiques. Tous les traitements se proposent, d'une manière générale, d'aboutir à un retour du malade à la vie normale. Cette resocialisation précoce du malade, qui doit être notre but, transforme l'ambiance de l'hôpital. Pour faciliter cette resocialisation du malade, il faudra faire en sorte qu'il conserve bien entendu ses activités élémentaires, mais aussi son comportement relationnel et enfin ses activités utilitaires. Chaque jour, le malade voit sortir certains de ses camarades et, dès que son état s'améliore, il bénéficie de permissions de plus en plus prolongées. Il n'a plus l'impression d'être enfermé pour un temps indéfini. Il sait que sa sortie ne dépend que de sa guérison. Ainsi, il demeure constamment orienté vers l'extérieur, et la perspective de sa sortie, qu'il espère prochaine, l'aide à surmonter le traitement. Cet espoir entretient un désir de guérison, qui accroît l'efficacité des thérapeutiques, mais surtout il constitue un lien puissant avec le

monde extérieur. Grâce à lui, le malade n'éprouve plus le sentiment d'être rejeté de la société. L'Hôpital Psychiatrique perd ainsi son caractère carcéral, responsable du climat asilaire s particulier, qui hypothèque au départ toute tentative thérapeutique et fausse les rapports entre médecins et malades. Ainsi est réalisé le traitement du malade par le malade.

On peut d'ailleurs concevoir, et on le fait de plus en plus, des pavillons de traitement sans lit; l'hôpital de jour en est un exemple. Lorsque cet hôpital de jour est installé à l'intérieur d'un hôpital psychiatrique classique, il traite aussi l malades hébergés la nuit dans d'autres pavil...

4°) — Faire les Admissions en service libre.

Le placement libre accélère l'admission des malades et permet un traitement précoce. Cette constatation est pour une grande part la condition de l'efficacité thérapeutique. En effet, les maladies mentales soignées précocement sont aussi curables que les maladies physiques. Le placement libre, en permettant la mise en œuvre rapide du traitement, réalise ainsi un temps essentiel d'une prophylaxie de la chronicité.

D'autre part, il facilite le fonctionnement du service, en même temps qu'il en transforme l'ambiance et en accroît le rendement. Il permet des permissions de plusieurs jours ou de plusieurs heures seulement. Ces permissions doivent être considérées comme des compléments indispensables de tous les traitements médicamentaux ou autres. La plupart des malades peuvent être ainsi traités d'une façon semi-ambulatoire dès que les troubles de la phase aiguë ont été atténués. Ce mode de placement se rapproche donc de l'hôpital de jour.

Il élargit considérablement le champ d'action de l'Hôpital Psychiatrique en lui permettant de traiter toutes les formes et tous les degrés des maladies mentales. Son mérite essentiel est qu'il réalise ainsi une prophylaxie de la chronicité.

En favorisant une hospitalisation précoce des signes aigus, leur resocialisation rapide et permanente et un traitement préventif des malades légers, le placement libre réalise une lutte

efficace dans la chronicité. Les malades sont vus à un stade de leur affection où le traitement précoce et la réadaptation progressive s'opposent efficacement à l'organisation délirante et à la dissociation schizophrénique.

Ainsi, la proportion ou, du moins, l'intensité de ces évolutions graves, se trouve considérablement réduite. Ce mode d'assistance, en fournissant aux malades les plus atteints la possibilité de conserver un contact humain, réussit à stopper l'évolution de leur maladie. Celle-ci n'atteint plus le degré de l'aliénation classique caractéristique de la déchéance asilaire, avec ses troubles grossiers du comportement.

Même si la guérison n'est pas complète, on obtient une stabilisation à un niveau qui laisse espérer la possibilité d'une réadaptation sociale. En effet, l'immense majorité des malades mentaux guérit ou s'améliore avec le temps, à condition que ceux-ci ne soient pas placés dans des conditions telles qu'ils se déshumanisent et perdent toute chance de resocialisation future.

Le placement libre évite de préjuger de l'avenir des malades, en s'opposant au maximum à l'aliénation et à la déshumanisation des malades, en leur conservant ainsi une chance de retour à la vie normale.

5° — Multiplier le nombre des Médecins et du Personnel soignant.

Plus le médecin s'occupe d'un malade, moins il a de chance de devenir un chronique. Mais il faut penser qu'il y avait à MONTAUBAN, en 1960, un Médecin-Chef pour 280 malades : c'est trop peu si le médecin veut s'occuper consciencieusement de chaque malade et reviser souvent son traitement individuel, condition sine qua num pour revaloriser la personnalité des malades mentaux.

Actuellement, il y a pour 300 malades, 2 Médecins-Chef et 3 Internes ; il paraît évident que les malades se sentent beaucoup mieux suivis, qu'ils ont une présence médicale plus assidue et plus longue mais aussi plus active. Envisagé sous l'angle financier, cette manière de voir serait rentable, en particulier

pour les caisses de Sécurité Sociale ou Agricole, car le traitement mensuel d'un médecin correspond environ au prix de revient de deux malades (prix de journée à l'Hôpital Psychiatrique de Montauban, approchant de 40 francs). Or, si un médecin supplémentaire évitait tous les ans la chronicisation de deux malades (ou 700 journées d'hospitalisation), son traitement serait récupéré.

Dans un hôpital à prétention thérapeutique totale, chaque malade doit pouvoir être examiné chaque jour par le médecin, c'est-à-dire que le médecin ne doit pas avoir en charge plus de malades qu'il ne peut effectuer de consultations par jour.

6° — Post-Cure et Ateliers protégés.

Même avec les traitements intensifs, le problème de la sédimentation reste quand même préoccupant, et chaque H. P. devrait disposer d'un personnel nécessaire pour une thérapie extra-hospitalière pratiquée dans son milieu familial et professionnel après son départ de l'hôpital, afin d'éviter de nouvelles « rentrées ». C'est ce que font en partie les dispensaires dans le cadre de la sectorisation. Mais cette organisation est encore insuffisante. En particulier, on devrait abandonner le système polyvalent des dispensaires qui seraient ainsi déconcentrés et pratiquer des consultations spécialisées et séparées, notamment pour les enfants, pour les adolescents, pour les alcooliques, etc... Les dispensaires pourraient ainsi assurer un service plus efficace dans leur champ d'action déjà très étendu.

Des centres de réadaptation professionnelle et des ateliers protégés, des hôpitaux de jour où les malades seraient suivis, devraient être créés et fonctionner en coordination avec les Hôpitaux Psychiatriques et les Dispensaires d'Hygiène mentale, car il n'est pas sûr que le malade mental soit aussi bien toléré dans le milieu social français qu'il ne l'est dans d'autres pays, en Angleterre, par exemple. La formule qui s'adapte le mieux semble bien être celle de ces ateliers protégés prenant en charge ces malades chroniques avec un système de placements familiaux annexes.

CONCLUSION

A l'heure actuelle, aucun malade mental qui entre dans un Service de Psychiatrie n'est réputé incurable, ni voué d'emblée à la chronicité hospitalière.

Bien que certains séjours doivent être prolongés au-delà de quelques semaines, voire de plusieurs mois, il existe toujours, après ce délai, une solution autre que le maintien indéfini dans un service actif de secteur. D'ailleurs, l'avenir des chroniques réside dans une nouvelle discipline spécialisée qui est aussi préventive que curative et que l'on désigne sous le terme de « socio-psychiatrie ». Elle manipule les dispositifs socio-médicaux existant déjà, mais elle en crée aussi de nouveaux. Tout l'effort des Services psychiatriques publics dans les prochaines années doit porter sur « l'effort soutenu » dont parle BONNAFÉ, la thérapeutique intensive, et la différenciation des modes d'assistance.

L'époque des Asiles est périmée, le stage des gardiennages est dépassé et l'Hôpital Psychiatrique n'est plus l'impasse où aboutissent les incapables sociaux de toute nature.

Nous ne prétendons pas apporter dans ce travail la preuve absolue de ce que nous avançons, trop de moyens matériels et humains nous manquent encore pour fournir cette preuve. Du moins, l'exemple du Quartier Psychiatrique de MONTAUBAN nous paraît valable pour justifier les tendances indiquées. Durant les six dernières années, les chroniques ont représenté 4% des malades traités ; c'est pour nous la preuve qu'ils ont perdu la valeur de masse. Ce fait méritait d'être signalé, car il s'inscrit au premier chef dans la désaliénation, la démystifica-

tion du fait psychiatrique, qui sera peut-être l'événement médical de notre époque.

Vu :

Le Président de la thèse :

GÉRAUD.

Vu : *Le Doyen,*

LAZORTHES.

Vu et Permis d'imprimer :

Toulouse, le 2 Mars 1964.

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

BIBLIOGRAPHIE

ABELY (X.). — « Rapports concernant les projets de réforme de la loi de 1938 sur les Aliénés ». — Annales Médico-psychologiques, 103, 1, N° 3, Mars 1945, pp. 270-278.

BARUK (H.). — « A propos des Réformes de l'Assistance psychiatrique ». — Annales Médico-Psychologiques, 105e année, II, N° 2, Juillet 1947.

BELEY (J.). — « L'Hygiène mentale est le type de la réalisation médico-sociale ». — La Santé de l'Homme, N° 45, Octobre-Novembre-Décembre 1947.

BONNAFE (E.). — « La Définition de la Chronicité ». — Congrès de Psychiatrie de Langue française. Tours, 1959.

DAUMEZON (G.), **TOSQUELLES** (F.), **PAUMELLE** (Ch.). — « Organisation thérapeutique de l'Hôpital psychiatrique, Ergothérapie, Sociothérapie ». — Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Psychiatrie, Tome III.

DAUMEZON (G.), **BONNAFE** (L.). — « Le Malade mental dans la société ». — Documents Information Psychiatrique, 1956, N° 1.

FOLLIN (S.). — « L'Internement pourrait être l'exception » (Expérience d'un Service départemental de Psychiatrie sans internement). — Annales Médico-Psychologiques, 112, 2, N° 1, Juin 1954, pp. 88-94.

GAYRAL. — « La Psychiatrie contemporaine — Principes — Méthodes et Applications ». — Privat, Editeur.

HAYE (C.) et **LAUZIER** (J.). — « L'Hygiène et la Prophylaxie mentale », bases de l'Assistance psychiatrique ». — L'Aliéniste Français, 18e année, N° 5, Mai 1937.

HEUYER (G.). — « Proposition d'une loi concernant l'assistance aux Malades mentaux ». — Annales Médico-Psychologiques, Mars 1945, pp. 245 à 267.

JAEGGI (F.). — « Aspects sociologiques de l'Hospitalisation et de l'Evolution des psychoses chroniques ». — L'Encéphale, année 1963, tome LII, Mars-Avril.

« **LIGUE FRANÇAISE D'HYGIENE MENTALE** ». — Docteur Cl. BALIER. — « Etudes dans un but prospectif sur l'Assistance psychiatrique en France ». — Bulletin trimestriel de Santé mentale, 1963, N° 4.

J. OULES et **Madame S. CAZABON.** — « La Notion de Chronicité en Psychiatrie hospitalière ». — Société de Neurologie et de Psychiatrie du Sud-Ouest, 24 Janvier 1964.

SIVADON (P.). — « L'Assistance extra-hospitalière. Vers une Assistance psychiatrique extra-hospitalière efficace ». — Annales Médico-Psychologiques. 107e année, I, N° 1, Janvier 1947, pp. 31 à 51.

SIVADON (P.). — « Vers une rénovation de l'Assistance psychiatrique ». — Techniques hospitalières, Janvier 1948, 3, N° 28, p. 1 à 3.

SIVADON (P.). — « Tendances actuelles de l'Assistance psychiatrique ». — Techniques hospitalières, Juin 1952, 7, N° 81, p. 37 à 39.

SIVADON (P.). — « Une Réalisation d'Assistance psychiatrique hospitalière ». — Annales Médico-Psychiatriques », 110, 2, N° 3, Octobre 1952, p. 329-367.

SIVADON (P.). — « Conditions générales de l'Assistance et de la Législation psychiatrique en France ». — Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrique, Tome III, p. 37-910.

SOUBRIER (R.). — « Sur l'Organisation et le Fonctionnement d'un Service départemental de Psychiatrie ». — L'Expérience du Tarn-et-Garonne. 25 Mai 1956. Thèse, Paris.

SARANO (J.). — « La Guérison ». — Presses Universitaires de France.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 11

Critères et Définitions de la Chronicité 13

Facteurs étio-pathogéniques de la Chronicité 21

Rapport entre Chronicité et Activité thérapeutique 35

Les Solutions à apporter 39

CONCLUSION 49

BIBLIOGRAPHIE 51

IMPRIMERIE FORESTIÉ
23, Rue de la République
M O N T A U B A N